CONSIDÉRATIONS

SUR

LA LUXATION CONSÉCUTIVE DU FÉMUR.

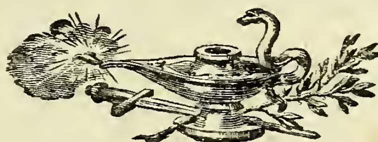
Tribut académique

PRÉSENTÉ ET PUBLIQUEMENT SOUTENU A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER, LE 18 JUILLET 1836,

PAR

E. CLÉMENT,
Ex-Chirurgien interne à l'Hôtel-Dieu et à l'hôpital de la Charité de Lyon,

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine.



A MONTPELLIER,
Chez JEAN MARTEL AÎNÉ, Imprimeur de la Faculté de Médecine,
près l'Hôtel de la Préfecture, N° 10.

1836.

A mon Oncle

et à ma Tante CLÉMENT.

Témoignage de respect et de reconnaissance.

A M. POLINIÈRE,

Médecin des hôpitaux civils de Lyon, Président des salles d'asile de la même ville, Membre de plusieurs sociétés savantes.

Faible hommage rendu à ses lumières
et à son beau caractère.

A Messieurs et Madame Ducroux.

Amitié inaltérable.

E. CLÉMENT.

CONSIDÉRATIONS

SUR

LA LUXATION CONSÉCUTIVE DU FÉMUR.



L'EXTRÉMITÉ supérieure du fémur est exposée à des déplacements produits quelquefois par l'action de causes violentes et soudaines, et souvent aussi par une altération plus ou moins profonde des liens qui l'unissent à l'os coxal, ou des autres parties qui composent cette articulation. Quoique très-fréquente et signalée par les anciens, cette dernière affection ne fut décrite avec quelque exactitude qu'en 1722 par J.-L. Petit et puis après par Sabatier, qui la désignèrent d'abord sous le nom de luxation consécutive ou de luxation spontanée. Depuis, la maladie de l'articulation de la hanche est une de celles que les auteurs ont le mieux décrite ; c'est encore elle qu'ils ont appelée tour à tour coxalgie, luxation consécutive, luxation spontanée du fémur, *morbus coxarum*, coxarthrocace et fongus articulaire. Cette variété de noms prouve combien les idées des auteurs ont changé sur la nature de cette maladie ; aussi voit-on encore les plus célèbres chirurgiens de

nos jours soutenir sur la luxation consécutive des opinions tout-à-fait différentes.

Obligé de choisir parmi celles adoptées une expression qui serve à indiquer la maladie qui nous occupe, je m'arrête à la dénomination la plus généralement adoptée, celle de J.-L. Petit; nous appellerons *luxation consécutive*, toute altération morbide de l'articulation coxo-fémorale, accompagnée ou non, après un temps plus ou moins long, du déplacement de la tête du fémur.

Ce mot de luxation consécutive ou spontanée a été donné à la maladie coxale, parce qu'en effet elle s'accompagne le plus souvent du déplacement du fémur; et l'épithète de *spontanée* ou *consécutive* lui a été imposée pour la distinguer de la luxation soudaine et traumatique produite toujours par des violences extérieures. Remarquons toutefois que cette dénomination est évidemment vicieuse; car elle n'exprime qu'un symptôme, le déplacement du fémur; elle tend à faire croire que la maladie coxale ne peut exister sans luxation. Or, il est bien démontré aujourd'hui que cette luxation, très-fréquente il est vrai, n'est point un phénomène constant et caractéristique de la maladie, et que bien souvent celle-ci existe sans que le fémur ait abandonné la cavité dans laquelle il semble au contraire quelquefois s'enfoncer davantage.

ANATOMIE DESCRIPTIVE.

Rappelons d'abord quelques détails anatomiques. — L'articulation coxo-fémorale est du genre des diarthroses orbiculaires ou vagues, et dans le langage de Bichat, c'est une articulation mobile, à surfaces contiguës, permettant l'opposition vague, la circumduction et la rotation. Pour la constituer, le fémur fournit une tête volumineuse, plus que demi-sphérique, échancrée à sa partie supérieure et interne. Cette tête est reçue dans une cavité profonde, creusée sur l'os coxal: c'est la cavité cotyloïde. Son fond est inégal, raboteux; il fournit des points d'insertion au ligament inter-articulaire, et loge un paquet de

tissus cellulo-adipeux que, depuis C. Haver, on décrivait sous le nom de *glandes synoviales*, et qui est maintenant connu sous la dénomination de *corps frangé des articulations*. Ce tissu adipeux est susceptible de transformations morbides, d'altérations organiques diverses; fréquemment il est le point de départ des désordres graves, des dévastations dont l'articulation est le théâtre. La circonférence de la cavité cotyloïde offre en bas une échancrure assez profonde, convertie en trou par un ligament disposé en manière de pont. Ce trou livre passage aux principaux vaisseaux et nerfs qui pénètrent dans l'articulation; de plus, il constitue le principal moyen de communication entre la cavité articulaire et les parties ambiantes; et, pour le dire par anticipation, c'est par là que certaines productions morbides, que du pus et autres liquides s'échappent pour s'infiltrer et se répandre au loin.

Les surfaces osseuses sont maintenues en rapport par trois ligaments: le sourcil cotyloïdien, le ligament rond ou inter-articulaire, et le ligament capsulaire; elles sont revêtues de cartilages d'encroûtement.

Dans l'intérieur de l'articulation se déploie une membrane synoviale, qui, véritable sac sans ouverture, tapisse toutes les parties, et constitue le principal agent de glissement et de lubréfaction. Analogue des membranes séreuses, elle a en partage une vive sensibilité et une vitalité exquise; elle doit donc jouer le principal rôle, soit dans l'état physiologique, soit dans l'état pathologique de l'articulation coxo-fémorale.

Enfin, autour de cette articulation sont groupés des muscles nombreux et puissants, qui tout à la fois l'assujettissent et la mettent en jeu. Ajoutons que l'articulation, située au centre de parties molles très-épaisses, se trouve à une grande profondeur qui la dérobe à une exploration directe, et ajoute singulièrement aux difficultés du diagnostic.

Telle est l'articulation coxo-fémorale; elle est manifestement l'analogue de l'articulation scapulo-humérale, car, ainsi que l'ont si bien établi Vicq-d'Azyr et Dumas, les membres thoraciques et les membres pelviens sont construits sur le même moule et d'après le

même type. Toutefois, si les articulations de l'épaule et de la hanche ont des traits d'analogie et de ressemblance, elles ont aussi des dissemblances que rendait nécessaires la diversité des usages. Ainsi la cavité glénoïde est superficielle, presque plane et nullement en rapport avec le volume de la tête osseuse qu'elle est destinée à loger; la cavité cotyloïde, au contraire, est profonde, spacieuse; la tête du fémur y est étroitement enclavée. A l'épaule il n'y a que deux ligaments: le pourtour glénoïdien, qui est étroit et n'ajoute que peu à la profondeur de la cavité glénoïde, et le ligament capsulaire composé de fibres peu denses et peu serrées, qui permet à la tête humérale de descendre d'un bon pouce.

A la hanche, il y a trois ligaments: 1° le pourtour cotyloïdien qui agrandit sensiblement la cavité cotyloïde; 2° la capsule articulaire qui revêt une structure dense et serrée; 3° le ligament intérieur qui est sans analogue à l'épaule.

Enfin, à l'épaule il n'y a pas vestige du paquet celluleux et adipeux qui remplit l'arrière-cavité cotyloïde.

Ces différences anatomiques, qu'il me serait facile de mettre bien plus en relief, en entraînent d'autres non moins essentielles sous le double rapport physiologique et pathologique. Ainsi, le membre supérieur, qui, suivant l'expression de Galien, est un instrument de préhension (*instrumentum prehensorium*), a surtout en partage la mobilité; au membre inférieur, au contraire, qui est une colonne de sustentation, tout est sacrifié à la solidité. De plus, à l'épaule, on a surtout occasion d'observer les luxations soudaines et traumatiques. La hanche est plus particulièrement le siége d'altérations organiques, de tumeurs blanches, de luxations spontanées, etc.

CAUSES.

Cette maladie peut attaquer tous les âges; cependant elle affecte une prédilection marquée pour l'enfant et l'adulte, tandis qu'elle semble épargner le vieillard. Le sexe féminin, le tempérament lymphatique sont placés au premier rang parmi les causes prédisposantes.

L'habitation des vallées malsaines, humides, et des grandes villes où les maisons sont élevées, les rues malpropres et rarement éclairées par le soleil ; le repos dans un lieu humide, l'exposition à un air froid et humide, l'affaiblissement occasioné par une longue maladie, la rétrocession d'un exanthème cutané, la suppression des règles, la masturbation, la syphilis, le vice scrophuleux, sont autant de causes qui prédisposent plus ou moins à la luxation consécutive, si elles ne la déterminent pas directement.

Quelques auteurs modernes ont mis en question de savoir si l'affection rhumatismale ne devait pas trouver place parmi les causes de la luxation consécutive. Je n'hésite pas à la ranger parmi les causes prédisposantes.

Les coups, les chutes, soit sur le grand trochanter, sur le genou ou le pied, les tiraillements des ligaments; en un mot, toutes les causes mécaniques qui peuvent froisser l'articulation, déterminent très-souvent des luxations consécutives chez des individus qui y sont déjà prédisposés.

Quant à la cause prochaine de la luxation consécutive, Schwenki, Groter, Vermandois, Portal et De Haën, la plaçaient dans l'inflammation des glandes synoviales décrites par Clopton-Havers. Grossius l'attribuait à l'inflammation de la capsule fibreuse articulaire. Duverney, Frod et Camper pensaient qu'elle résidait dans la congestion et l'épaississement de la synovie. Richter croyait qu'elle était le résultat d'une métastase sur l'articulation; enfin, Albers et Boyer la faisaient dépendre de l'inflammation des cartilages articulaires. Rust prétend qu'elle débute par le périoste interne avec tendance à l'exulcération, et qu'elle finit par dégénérer en carie profonde et centrale. Delpech, qui pensait que la luxation consécutive coexiste toujours avec le vice scrophuleux, plaçait la cause occasionelle de cette maladie dans l'inflammation des tubercules qu'il a rencontrés, soit dans la tête du fémur, soit dans les autres parties qui entrent dans l'articulation. Cette divergence d'opinions sur la cause prochaine de la luxation consécutive, prouve ce que j'avançais au commencement de ma dissertation, que les idées des auteurs avaient beaucoup varié sur la nature de cette maladie.

Après cette longue énumération de causes, nous devons faire la remarque qu'aucune d'elles n'a la puissance de déterminer la luxation consécutive. L'observation rigoureuse des faits démontre que la maladie a pu éclater sans l'intervention d'aucune des circonstances que nous avons invoquées. On est donc forcé d'admettre qu'il existe chez l'individu une disposition, une aptitude à contracter la maladie coxale, aptitude qui peut rester latente ou en *puissance* pendant long-temps, et à l'égard de laquelle toutes les autres causes ne jouent simplement que le rôle de causes sollicitatrices, lorsqu'elle vient à se réaliser ou à se convertir en acte. Cette disposition intime, inconnue dans son essence, quoi qu'en aient voulu dire certains pathologistes, mais qui ne se décèle que trop par ses effets, joue seule le rôle de cause véritablement *efficiente*.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

J'arrive à l'étude des désordres ou dégradations d'organes que les nécropsies font découvrir chez les individus qui succombent à la maladie dont je m'occupe. Ne perdons pas de vue que ces lésions organiques ne peuvent nous faire connaître la raison d'être que de quelques-uns des phénomènes de la maladie. Ces lésions elles-mêmes ne sont que des effets. Le médecin ne doit pas s'arrêter aux altérations accessibles au scalpel de l'anatomiste ; il doit remonter jusqu'au fait générateur de tous les phénomènes. Sa grande affaire, comme le dit Barthez, est de rechercher quelle est l'affection qui a permis ou opéré la dégradation de nos organes.

Toutefois, il est du plus grand intérêt de connaître quelles sont les transformations organiques que subissent les parties qui constituent l'articulation coxo-fémorale. Cette connaissance peut être la source de quelques indications thérapeutiques, et elle nous éclaire surtout sur la nature de la maladie. Et en effet, c'est en s'étayant de l'anatomie pathologique, que les chirurgiens modernes ont justement reproché à leurs devanciers d'avoir présenté la luxation spontanée du fémur comme

une maladie distincte et de nature toute spéciale. Aujourd'hui il paraît bien établi que cette maladie doit être essentiellement comprise dans la classe des tumeurs blanches ou fongus articulaires. Et ainsi que le fait remarquer M. le professeur Janson, ce sont de part et d'autre mêmes causes, même marche, même désorganisation et même traitement; de telle sorte qu'il serait difficile de trouver deux maladies qui eussent plus d'analogie et même plus d'identité. C'est dire assez que, pour nous, la luxation spontanée du fémur n'est autre chose que la tumeur blanche de l'articulation coxo-fémorale. Je vais maintenant passer en revue les diverses altérations que peuvent subir les parties constituantes de cette articulation.

Voyons d'abord ce qui se passe au niveau des surfaces osseuses. La cavité cotyloïde est fréquemment le siége des principaux désordres, et cela s'explique bien naturellement; en effet, la luxation spontanée éclate surtout pendant l'enfance: or, il faut bien se rappeler qu'à cette époque de la vie, l'os coxal résulte de l'assemblage de trois pièces qui plus tard, par leur fusion, par leur soudure, ne doivent constituer qu'un os unique. Ainsi que l'a établi M. Serre dans ses belles recherches sur l'ostéogénie, le développement des os est central, c'est-à-dire que l'irruption ossifiante affecte une marche centripète; et, en effet, le point où les trois pièces de l'os coxal viennent converger et se rencontrer, est précisément la partie centrale de l'os, c'est-à-dire la cavité cotyloïde; ainsi donc, chez les enfants, cette cavité cotyloïde est le théâtre d'un travail ostéogénique plus ou moins actif; elle est comme un centre où convergent les mouvements organiques; sur elle est fixé pour ainsi dire tout un appareil fluxionnaire physiologique ou normal, c'est-à-dire qu'il se passe là ce qui s'accomplit à d'autres époques dans l'utérus, le larynx, etc. On comprendra sans peine que, dans cet état de choses, la cavité cotyloïde doit offrir une large prise aux causes de maladies; elle est véritablement dans un état de prédisposition ou d'imminence morbide, et si alors l'organisme se trouve infecté par une affection générale ou diathésique, il n'est pas étonnant que celle-ci porte plus particulièrement ses effets sur l'articulation de la hanche; et de-là les altérations survenues dans la cavité cotyloïde.

Voici les principales que l'on a signalées. La carie de la cavité articulaire a été fréquemment constatée, cette carie entraîne une perte de substance plus ou moins considérable : or, si la circonférence de la cavité est détruite dans une grande étendue, évidemment la tête du fémur cessera d'être étroitement enclavée et se déplacera. Mais, dans ce cas, la luxation s'effectuera d'une manière soudaine, instantanée, et on n'observera pas l'allongement préalable du membre. La perte de substance du rebord cotyloïdien est souvent aussi la conséquence de masses tuberculeuses développées dans le tissu de l'os.

Il n'est pas sans exemple de voir le fond de la cavité devenir le siége de la carie ; et comme ce point est fort mince et ne consiste qu'en une lame osseuse transparente, on conçoit que cette paroi doit être rapidement perforée ; alors il y a communication entre la cavité pelvienne et la cavité cotyloïde ; alors aussi les produits morbides passent facilement dans le petit bassin, et de-là des infiltrations, des épanchements dans les graisses pelviennes ; de-là, enfin, des désordres graves qui entraînent rapidement le malade.

Toutefois, telle n'est pas l'issue constante de la perforation de la cavité cotyloïde. A. Cooper cite quelques observations singulières dans lesquelles les matières puriformes s'étaient pratiquées un canal fistuleux à travers les graisses du bassin, et s'étaient fait jour jusque dans l'intestin rectum ; du pus abondant s'écoulait par l'anus.

Voici d'ailleurs ce qui advient le plus souvent lorsque la cavité articulaire est perforée dans son fond ; le tissu cellulaire pelvien se condense, s'épaissit, s'oppose au trajet ultérieur des liquides pathologiquement sécrétés, isole, abrite les viscères contenus dans l'enceinte du bassin, et forme une cloison, une limite que franchit très-rarement la maladie. Qui pourrait méconnaître dans ces phénomènes un des nombreux témoignages de cette force médicatrice, de cette puissance conservatrice et réparatrice dont est doué l'organisme, et à l'intervention de laquelle la médecine doit tous ses succès !

La tête du fémur est souvent le siége de désordres graves ; la carie, l'affection tuberculeuse peuvent l'envahir, la désorganiser, la détruire

plus ou moins, et alors on comprend que le moindre mouvement doit suffire pour réaliser la luxation.

Souvent de la tête du fémur ou de la cavité cotyloïde, on voit s'élever des végétations osseuses, en manière de stalactite, qui font que les deux surfaces articulaires se repoussent mutuellement : de-là, allongement du membre d'abord, et puis déplacement et raccourcissement.

On a vu aussi la tête du fémur se gonfler, s'hypertrophier, son tissu spongieux se transformer, se carnifier ; il en résulte alors un volume tel, que la tête fémorale ne saurait être contenue dans sa cavité.

Les cartilages qui revêtent et encroûtent les surfaces d'articulation, peuvent-ils être le siége de quelque altération dans la maladie coxale ? Quelques anatomistes (Velpeau) ne craignent pas de soutenir que ces cartilages sont des enveloppes inertes, tout-à-fait inorganiques, complétement dépourvues de vie, et ne renfermant aucun des éléments de l'organisation, tels que vaisseaux, nerfs, etc. Dans cette hypothèse, il est évident que les cartilages ne sauraient devenir le siége d'un travail morbide ; mais une telle doctrine doit être énergiquement repoussée : *Omnia animantur in corpore animato*, a dit Hippocrate. Tout vit, en effet, dans le corps vivant ; tous nos organes, tous nos tissus participent plus ou moins des caractères d'une nature vivante, et de ce que le scalpel de l'anatomiste ne pourra poursuivre dans une partie ni nerfs, ni vaisseaux, gardons-nous d'en conclure que cette partie est déshéritée de la vie. Les conditions auxquelles un organe doit d'être vivant sont loin de nous être connues. Tout ce que nous savons, c'est que la vie dans certains organes est comme latente et à son *minimum* d'intensité ; elle ne s'y trahit que par des manifestations incertaines et souvent insaisissables. Les cartilages articulaires vivant donc, et je me crois dispensé d'insister sur ce point et d'accumuler les faits propres à démontrer que, dans leur manière d'être, les cartilages ne sont pas régis par les lois ordinaires de la physique et de la chimie ; si donc les cartilages vivent, ils sont passibles de maladies et d'altérations ; et en effet, Brodie, Boyer et autres pathologistes les ont vus s'ulcérer, se vasculariser, se ramollir, se couvrir de végétations, etc.

Le membrane synoviale, ainsi que je l'ai déjà dit, doit jouer un grand rôle dans la maladie coxale, à cause de sa grande vitalité et de sa sensibilité exaltée. Tout le système synovial représente, comme on le sait, un grand appareil d'exhalation, et peut-être celle-ci est-elle liée par voie de solidarité avec l'exhalation cutanée. Aussi ne serai-je pas fort éloigné d'admettre que c'est la synoviale qui est primitivement atteinte, lorsque, parmi les causes de la luxation spontanée, on peut faire intervenir la disparition brusque d'une maladie éruptive, la cessation d'un flux habituel, l'action soutenue, prolongée d'une température froide et humide. Ces circonstances développent un état morbide de la synoviale, de même que, dans certains cas donnés, elles sont aptes à faire naître une affection du péricarde, de la plèvre, du péritoine, etc.

Du reste, quelle que soit la cause de la luxation spontanée, la synoviale est toujours le siége d'altérations plus ou moins profondes. Elle a perdu son aspect poli, sa lucidité, sa transparence; elle s'est épaissie, le tissu cellulaire sous-synovial qui la double est condensé, infiltré; souvent il est passé à l'état lardacé et squirrheux; la surface libre de la synoviale est rouge, injectée, inégale, rugueuse; des végétations de forme et de structure variables font relief dans l'intérieur de l'articulation. Le produit de l'exhalation de cette membrane est altéré, dénaturé; des concrétions membraniformes, fibrineuses, cartilagineuses ou autres se forment dans l'intérieur de l'articulation; souvent aussi la cavité articulaire est remplie d'un liquide sanieux, fétide, qui bientôt s'echappe et fait irruption au loin en décollant les muscles, en creusant des canaux fistuleux et en donnant naissance à de véritables abcès par congestion; et, à cet égard, je signalerai un fait fort remarquable qui s'est présenté naguère à la clinique de l'Hôtel-Dieu St.-Eloi. Il s'agissait d'une tumeur blanche de l'articulation coxo-fémorale; un liquide noirâtre et fétide envahissait toutes les parties, formait des abcès par congestion, s'était même frayé un passage dans la cavité abdominale en soulevant le ligament de Fallope, et était parvenu jusqu'au niveau de la seconde ou troisième vertèbre lombaire. Cette dernière circonstance en avait imposé et avait fait long-temps

croire à l'existence d'une maladie de la colonne vertébrale. L'autopsie prouva que tout provenait de la hanche.

Avant de terminer ce qui est relatif aux altérations de la synoviale, je dois signaler une opinion que l'on a récemment émise sur la disposition de cette membrane. L'école de Bichat avait présenté les tuniques synoviales comme de véritables sacs sans ouverture, se déployant sur les parties constituantes d'une articulation, les tapissant toutes. Dans ces derniers temps, quelques anatomistes ont contesté que telle fût la disposition des membranes synoviales. Ils ont soutenu que les cartilages étaient à nu dans l'intérieur des articulations, et que la membrane, au lieu de doubler leur surface, comme le voulait Bichat, s'arrêtait au niveau de leur circonférence. Dans cette hypothèse, il est évident que les altérations que l'on rencontre au niveau des cartilages sont indépendantes de la synoviale; toutefois, cette manière de voir n'a pas encore prévalu, et jusqu'à nouvelles preuves, les idées de Bichat, à l'égard des synoviales, régneront encore dans la science.

Le paquet de tissu celluleux et adipeux, dit *corps frangé*, qui remplit l'arrière-cavité cotyloïde, est constamment le siége de quelque altération. Ce tissu cellulaire est plus abondant dans cette articulation que dans toute autre; et s'il faut en croire quelques pathologistes, c'est à sa présence que l'articulation de la hanche et celle du genou doivent le triste privilége d'être si fréquemment atteintes de lésions organiques. Ce tissu est rouge, pénétré de vaisseaux abondants; il est susceptible d'un engorgement phlegmasique aigu, d'un état inflammatoire, d'un véritable phlegmon. Alors le corps frangé acquiert un volume considérable; il tend à remplir la cavité cotyloïde; il refoule, chasse la tête du fémur. Tous les chirurgiens ne sont pas disposés à admettre l'existence de cet engorgement inflammatoire; cependant rien ne s'oppose à ce qu'on ne puisse l'admettre *à priori*, et d'ailleurs il est des faits que l'on n'explique naturellement que par l'existence de ce phlegmon intra-articulaire. Tel est le fait suivant, que M. Janson a consigné dans le compte-rendu de sa pratique à l'Hôtel-Dieu de Lyon. Une jeune femme, en sortant d'un bain, est saisie tout-à-coup d'une douleur violente fixée à la hanche; on la transporte à l'Hôtel-Dieu. L'examen le

plus attentif fait reconnaître un allongement de plus d'un pouce dans le membre correspondant ; les anti-phlogistiques sont employés avec énergie : en peu de jours la malade sort complétement rétablie. Ce fait n'est pas unique. Plusieurs autres semblables sont connus dans les annales de la chirurgie. Or, quelle explication satisfaisante peut-on en donner? Quel a été le mécanisme de l'allongement du membre? Comment la tête du fémur a-t-elle été repoussée? Evidemment elle ne peut l'avoir été que par l'engorgement inflammatoire de l'appareil celluleux et synovial de la cavité cotyloïde.

Le corps frangé est susceptible encore d'autres altérations. Au rapport de Burns, il a pu être envahi par un fongus hématodes ; enfin, il peut subir des transformations diverses ; il peut se recouvrir de végétations ; il peut passer à l'état fongueux, squirrheux, hydatique, etc.

Les ligaments, quoique à vitalité obscure et latente, ne restent pas étrangers au désordre qui s'accomplit dans l'articulation ; d'abord ils perdent leur ressort, leur élasticité, ils se laissent infiltrer ; enfin, ils sont envahis par les altérations organiques.

SYMPTOMES.

La luxation consécutive débute ordinairement par un sentiment de faiblesse et de roideur que le malade éprouve dans le membre affecté. Ces symptômes précurseurs sont remplacés par une douleur d'abord légère et comme passagère, mais elle ne tarde pas à devenir continue ; elle a beaucoup d'analogie avec les douleurs rhumatismales. Ce qui pourrait, jusqu'à un certain point, la faire confondre avec cette dernière affection, c'est que la douleur produite par la luxation consécutive n'a pas de siége fixe : tantôt le point le plus douloureux est à l'aine, d'autres fois au genou qui peut être tuméfié ; enfin, la douleur peut occuper tout le membre ; mais il est toujours facile de reconnaître le siége de la maladie, puisque la pression de la hanche augmente les douleurs dans ce point, tandis qu'on peut l'exercer impunément sur les autres parties où la douleur s'est propagée d'une manière sympathique. Lorsque la maladie est produite par une cause interne,

la santé du malade n'est presque jamais troublée pendant cette première période ; si, au contraire, elle est le résultat d'une violence extérieure, l'extrémité supérieure de la cuisse est très-engorgée, il y a impossibilité de remuer le membre : à ces symptômes vient s'adjoindre une fièvre très-vive. J.-L. Petit prétendait que le raccourcissement du membre était le premier symptôme qui se manifestait après la douleur ou qui débutait en même temps qu'elle ; mais il est bien démontré aujourd'hui que la douleur est toujours accompagnée de l'allongement du membre. Il est dû, comme nous l'avons déjà dit, au gonflement des parties molles contenues dans l'articulation. Cet allongement, bien moins prononcé lorsque la maladie débute par la carie, et surtout par celle de la paroi interne de la cavité cotyloïde, a été observé par Boyer dans tous les cas de luxation consécutive.

Cet allongement est très-facile à reconnaître. Le malade étant couché sur le dos, les deux épines iliaques antérieures et supérieures sur la même ligne transversale, les membres inférieurs placés dans une direction parallèle, alors on trouvera que la rotule et la malléole interne du membre malade descendent plus bas que du côté sain. L'allongement, à cette époque de la maladie, est quelquefois très-considérable : alors il n'est pas seulement l'effet de l'éloignement de la tête du fémur de la cavité articulaire, mais il dépend encore, comme le pensait Hunter, de l'inclinaison du bassin (1).

La claudication, symptôme constant de la luxation spontanée, est une des conséquences de l'allongement du membre et de la douleur de l'articulation. Lorsque l'allongement a acquis une certaine étendue, le malade marche en fauchant, c'est-à-dire en faisant décrire horizontalement à son pied un demi-cercle en dehors et sans l'éloigner du sol; encore est-il souvent obligé d'aider les mouvements du membre de la

---

(1) Dans les fréquentes occasions que j'ai eues d'observer cette maladie à l'Hôtel-Dieu de Lyon, je me suis convaincu que constamment le malade, pour échapper à la douleur, imprimait à son bassin l'inclinaison dont je parle. Je crois que les chirurgiens n'ont point tenu assez compte de cette situation qu'affecte le malade dans son lit, lorsqu'ils ont voulu apprécier le degré d'allongement que subit le membre.

main correspondante ; le grand trochanter se trouve plus bas et plus en dehors, les muscles distendus et la fesse aplatie, les ganglions lymphatiques de l'aîne engorgés, et le membre commence à s'atrophier : tels sont les symptômes qu'on rencontre le plus ordinairement pendant la première période de la luxation consécutive.

La deuxième période, qui commence au moment où la tête du fémur abandonne la cavité cotyloïde, présente des symptômes qui varient selon la partie de l'articulation où siège l'affection.

Lorsque la tête du fémur est amenée sur le bord de la cavité cotyloïde par le gonflement des parties molles contenues dans cette cavité, ou bien lorsque le rebord cotyloïdien est carié et détruit dans sa partie externe, alors le déplacement se fait en dehors, c'est-à-dire que l'éminence fémorale vient se placer dans la fosse iliaque sous le petit fessier, la cuisse se raccourcit, le genou et la pointe du pied se portent en dedans ; le grand trochanter se dirige en avant, en même temps qu'il se rapproche de la crête iliaque. Le moindre mouvement pour faire reprendre au membre sa position naturelle, occasionne des douleurs atroces. Si le malade marche, ce qu'il ne peut faire qu'en appuyant la pointe du pied sur le sol, et en confiant presque tout le poids du corps au membre sain, le raccourcissement augmente ; mais quelques jours de repos suffisent le plus ordinairement pour ramener le membre dans la position où il était avant cet exercice.

Dans quelques cas, la tête du fémur se creuse une nouvelle cavité dans la fosse iliaque externe ; un travail réparateur s'accomplit dans toute cette région, le tissu cellulaire se condense, et finit par revêtir une structure fibreuse. Il est alors transformé en véritable ligament capsulaire ; bien plus, une sorte de membrane synoviale est engendrée ; de la synovie coule, humecte et lubrifie les parties ; le jeu et le glissement de la tête du fémur sont rétablis ; enfin, par les seuls efforts de la nature, une articulation de nouvelle formation se trouve organisée de toutes pièces et est capable de rendre bien des services au malade.

La luxation consécutive ne s'opère pas toujours vers la partie externe. Dans quelques cas, fort rares à la vérité, on a vu la tête du

fémur s'échapper par la partie interne, et aller se placer sur le trou ovalaire en soulevant le muscle obturateur externe : dans ce cas, il y a allongement, l'extrémité inférieure du fémur s'écarte de celle du côté opposé, la pointe du pied est tournée en dehors, le grand trochanter est abaissé et dirigé dans le sens du pied. Les désordres qui suivent ce déplacement sont bien plus grands que lorsqu'il a lieu par la partie externe, où la tête du fémur a moins d'espace à parcourir pour arriver dans la fosse iliaque externe.

Quel que soit le sens dans lequel s'effectue la luxation, on observe l'appareil des symptômes suivants : l'engorgement augmente, la peau devient blanche et luisante comme dans les tumeurs blanches ; il se forme autour de l'articulation des abcès qui, ayant leur siége dans les parties profondes, ne sont accompagnés d'aucun phénomène inflammatoire apparent. Après avoir fourni du pus d'une qualité et d'une quantité variables, que ces abcès aient été ouverts par l'art ou bien qu'on ait abandonné ce soin à la nature, leurs trajets restent fistuleux ; dans les cas les plus heureux, mais les plus rares, la suppuration disparaît ; la fièvre qui avait accompagné leur formation se calme ; les trajets fistuleux se ferment, et le malade guérit au bout de plusieurs mois ou de quelques années, avec une ankylose. Mais trop souvent le pus continue à couler ; il se détériore ; d'épais et de crêmeux qu'il était dans le principe, il devient séreux et fétide ; la santé du malade s'altère, le pus est résorbé, l'amaigrissement est rapide, le pouls s'affaiblit en même temps qu'il s'altère, des sueurs abondantes se manifestent, la peau devient sèche ; enfin, la diarrhée colliquative et le marasme amènent rapidement la mort du malade.

DIAGNOSTIC.

Comme il existe un assez grand nombre de maladies de la hanche qui peuvent être, dans quelques cas, confondues avec la luxation consécutive, je vais, en établissant un parallèle entre ces affections et celle qui fait le sujet de mon travail, m'efforcer de faire ressortir les signes à l'aide desquels on peut les distinguer. La luxation consécutive, où le déplacement se fait en haut et en dehors, peut

être prise pour une luxation originelle, si bien décrite dans ces derniers temps par Dupuytren. Les symptômes de déplacement sont à la vérité les mêmes dans l'une et dans l'autre. Dans la luxation originelle, il y a absence de douleur, d'engorgement ; on ne rencontre autour de l'articulation, ni abcès, ni fistules, ni cicatrices résultant de la guérison des abcès ; enfin, cette espèce de luxation est presque toujours double. Dans la luxation consécutive, on observe presque tous les symptômes contraires.

Il est deux genres de luxation accidentelle de l'extrémité supérieure du fémur, qui présentent la plus grande analogie avec la luxation consécutive. Tant qu'on ne considère que le déplacement dans la luxation accidentelle, l'allongement ou le raccourcissement du membre ont lieu d'une manière subite, à la suite d'une violence extérieure ; dans la luxation consécutive, il y a d'abord allongement, puis raccourcissement. Si la tête s'échappe par la partie externe, si elle se déplace par la partie interne antérieure, l'allongement augmente graduellement, jusqu'à ce qu'elle soit arrivée dans la fosse ovalaire. La luxation consécutive est toujours précédée de quelques symptômes précurseurs, l'autre ne l'est jamais ; la première est irréductible, tandis que la seconde l'est toujours, du moins dans le principe. La luxation consécutive qui survient à la suite d'une violence extérieure, peut être confondue avec la fracture du col du fémur ; mais on les différenciera toujours, si l'on fait attention que dans la luxation il y a toujours allongement du membre ; dans la fracture il y a toujours raccourcissement ; dans la luxation le malade peut presque toujours marcher, dans la fracture il y a presque toujours impossibilité de remuer le membre.

Il est une autre maladie qui, par la similitude des causes, de sa marche, de ses symptômes, et par la proximité de son siége de l'articulation coxo-fémorale, présente la plus grande ressemblance avec la luxation consécutive : c'est de l'écartement spontané de l'os des îles que je veux parler. La disposition des grands trochanters, relativement aux épines iliaques antérieures et supérieures ; la disposition de ces épines l'une par rapport à l'autre, sont presque les seuls

symptômes qui distinguent ces deux affections. Dans l'écartement il y a alternativement allongement et raccourcissement; mais le grand trochanter est toujours à égale distance de l'épine iliaque antérieure et supérieure ; c'est l'os des îles qui descend dans l'allongement et qui remonte dans le raccourcissement. Dans la luxation consécutive, la distance des grands trochanters aux épines iliaques antérieures et supérieures n'est pas la même ; c'est le grand trochanter qui remonte ou descend, selon qu'il y a allongement ou raccourcissement. Les deux épines sont presque toujours sur la même ligne transversale, dans la luxation ; tandis qu'il y en a toujours une qui suit le déplacement, dans l'écartement spontané.

Si nous avons des signes certains pour nous faire reconnaître la luxation consécutive des autres maladies de la hanche, il n'en est pas de même, lorsque, voulant établir notre pronostic ou prescrire un mode de traitement, nous cherchons à connaître la nature de la maladie. Souvent les malades viennent réclamer les secours de l'art, lorsque la maladie a déjà fait de grands progrès. Alors, comment distinguer la luxation consécutive résultant du vice scrofuleux, de celle qui est le produit du vice rhumatismal, si l'un ou l'autre de ces vices n'ont laissé de traces après eux, ou bien s'ils ont débuté en produisant cette maladie?

Les auteurs indiquent cependant quelques signes qui peuvent, jusqu'à un certain point, nous éclairer sur la nature de la maladie. Si le malade est adulte, pléthorique ; si la maladie a commencé en automne ou en hiver, après des variations de température ; si la douleur a été violente dès le début, et ne se bornant pas seulement à l'articulation de la hanche, mais en attaquant plusieurs à la fois ; si le gonflement a suivi de près la douleur ; s'il présente une tumeur plus ou moins circonscrite, élastique et sans changement de couleur à la peau ; si l'os n'est point malade et qu'il n'y ait que les parties molles, il est probable que la luxation est de nature rhumatismale.

Si, au contraire, le malade est encore dans l'enfance ; qu'il ait la peau fine, blanche, les ailes du nez épatées, la lèvre supérieure épaisse, les dents blanches et éloignées, les cheveux blonds ou rouges,

les yeux brillants ; qu'il soit né de parens scrofuleux ou allaité par une nourrice scrofuleuse ; que la maladie ait débuté par des douleurs sourdes ; que les parties molles soient engorgées seulement, il est probable que la maladie dépend du vice scrofuleux. Ces probabilités se changeront en certitudes, s'il existe des traces qui indiquent que le malade a été attaqué de scrofules, ou qu'il l'est encore. Quant aux autres causes, il est si rare que seules elles produisent la luxation consécutive, qu'alors on ne peut présumer la nature de la maladie que parce qu'elles ont existé.

La marche de la luxation consécutive peut encore servir à faire soupçonner sa nature. Si elle est sous l'influence du vice scrofuleux et le malade jeune, sa marche est rapide ; quelques mois suffisent pour amener l'exarticulation et la formation des abcès par congestion. Le plus ordinairement ce n'est qu'au bout de plusieurs mois et même de quelques années, que ces symptômes se produisent, lorsque la luxation dépend d'une autre cause.

Le pronostic de cette affection est toujours grave. Si elle laisse encore des chances de guérison à son début, il n'en est pas de même lorsque l'exarticulation a lieu, surtout s'il y a déjà abcès. Alors on ne peut espérer que deux choses : ou bien la tête du fémur se creusera une nouvelle cavité, ou bien elle se soudera avec un point de l'os des îles ; la claudication accompagnera l'une et l'autre de ces terminaisons, qui se rencontrent si rarement qu'il n'est jamais raisonnable d'y compter. Lorsqu'elle dépend de la diathèse scrofuleuse, la luxation consécutive est bien plus grave que lorsqu'elle est sous l'influence du vice rhumatismal. Dans le premier cas, en effet, elle marche avec une rapidité telle, qu'au bout de quelques mois, il y a déjà exarticulation et abcès ; dans le second, elle marche plus lentement et peut être combattue avec plus de succès. Il est bien rare qu'une luxation consécutive, produite par le vice rhumatismal, résiste à un traitement méthodique, pourvu toutefois qu'il soit appliqué dès le commencement. La luxation consécutive par cause externe est bien moins grave que celle qui est sous l'influence d'une cause interne. Il n'est pas indifférent, pour assurer son pronostic, de con-

sidérer le point où la tête du fémur s'est portée ; l'observation a appris que lorsqu'elle s'était placée dans la fosse ovalaire, les désordres étaient bien plus grands. Les maladies antérieures et l'état de débilité du malade doivent aussi être pris en considération. Lorsque le sujet est robuste, l'affection fait des progrès plus lents, et peut être guérie plus facilement. Nous terminerons ce qui a rapport au pronostic, en disant que l'apparition des abcès par congestion est presque toujours le signal d'une mort plus ou moins prochaine.

TRAITEMENT.

Pratiquer des saignées locales, faire des fomentations émollientes, appliquer des ventouses et des cautères autour de l'articulation ; tels étaient les moyens qu'Hippocrate, Celse, Cœlius Aurelianus et Rhazès employaient à combattre la luxation consécutive. Cette médication, employée dès les premiers temps de la chirurgie, est encore celle qui, plus ou moins modifiée, nous sert à remplir les différentes indications que nous présente le traitement de la luxation consécutive.

Les causes de cette maladie, sa période plus ou moins avancée, ses complications, le tempérament, l'état de santé ou de débilité du malade, sont autant de circonstances qui doivent servir de base à nos indications curatives.

Lorsque l'exarticulation n'existe pas encore, si la maladie a été produite par une cause externe, le repos le plus absolu du membre malade, des saignées générales, des applications de sangsues autour de l'articulation, plus ou moins répétées suivant la constitution du sujet et l'intensité des symptômes inflammatoires locaux et généraux ; la diète la plus sévère, des fomentations et des cataplasmes émollients qu'on remplacera par des applications astringentes, lorsque la douleur et l'inflammation auront diminué d'intensité, sont des moyens qui, employés convenablement, détruisent la douleur, préviennent l'inflammation de l'articulation et ses suites. Mais on doit surtout insister sur le repos du membre, et faire garder le lit aux malades plusieurs mois après l'entière disparition de la douleur et des symptômes

inflammatoires ; après ce temps, s'il reste quelque roideur dans le membre, on prescrira des bains chauds, comme le faisait Albers, ou des bains et douches d'eau sulfureuse minérale ou factice.

Lorsque la luxation consécutive est sous l'influence d'une cause interne, son traitement nous présente trois indications à remplir. Dans la première, on combattra les symptômes inflammatoires lorsqu'ils existent ; dans la seconde, on révulsera au-dehors le principe morbifique fixé sur l'articulation ; dans la troisième, on agira par une médication appropriée sur le vice général. La première indication sera remplie par la médication que je viens de décrire, mais on la modifiera selon l'intensité de l'inflammation, la cause de la maladie et l'idiosyncrasie du sujet. Les symptômes inflammatoires une fois apaisés, il faut révulser au-dehors le principe morbifique ; une série de médicaments plus ou moins énergiques ont été conseillés par les auteurs pour arriver à ce résultat. Bell ordonnait deux ou trois frictions par jour avec des doses d'onguent napolitain, trop faibles pour donner lieu à la salivation ; Rust dit aussi avoir retiré un très-grand avantage de ces frictions ; d'autres accordaient la préférence aux liniments volatils et camphrés, à ceux faits avec de l'eau-de-vie camphrée et le savon médicinal. La pommade d'Autenrieth, les sinapismes, les douches et les bains d'eau sulfureuse, les frictions de plusieurs heures faites avec la main seule ou avec de la flanelle imprégnée de vapeur de plantes aromatiques, les cataplasmes de racines de bryone, les sachets remplis de tan mêlé avec du muriate d'ammoniac et de la chaux éteinte ont été tous conseillés par différents praticiens. Lorsque la douleur est entièrement apaisée, Richerand conseille le galvanisme, en recommandant toutefois la plus grande modération dans l'emploi de ce moyen, qui peut être suivi d'accidents graves. Il ne faut pas trop compter sur ces moyens ; je crois qu'il est prudent de recourir, dès que l'état de la maladie le permet, à une médication plus énergique, dont l'emploi serait souvent sans effet, si on laissait faire de trop grands progrès à la maladie.

Le cautère actuel, le cautère potentiel, les moxas, les sétons, les ventouses et le vésicatoire sont les révulsifs puissants auxquels on doit

avoir recours. Les anciens accordaient la préférence au cautère potentiel ; dans ces derniers temps Rust l'a beaucoup préconisé, il emploie dans le traitement de cette maladie, non-seulement la cautérisation transcurrente, mais encore la cautérisation objective. Aujourd'hui ce procédé curatif est presque entièrement abandonné à la médecine vétérinaire, qui l'emploie avec avantage dans les maladies des articulations. Les ventouses, les sétons et les cautères appliqués autour de l'articulation ont aussi eu leurs fauteurs et leurs détracteurs ; ces moyens sont encore employés avec beaucoup de succès par quelques praticiens. Boyer accorde la préférence aux vésicatoires volants appliqués autour de l'articulation ; ce célèbre praticien assure avoir guéri un très-grand nombre de luxations consécutives à l'aide de ce vésicant. Dans quelques circonstances, un petit nombre de vésicatoires lui a suffi pour faire disparaître la douleur et ramener le membre dans son état naturel. A l'Hôtel-Dieu de Lyon, dès que la douleur et les symptômes inflammatoires ont entièrement cessé, on brûle un moxa de la largeur d'une pièce de trois francs, le plus près possible de l'articulation ; lorsque la plaie résultant de la chute de l'escharre est cicatrisée, on applique un autre moxa, si le premier n'a pas suffi. Ce moyen, que j'ai vu réussir si souvent et quelquefois d'une manière si prompte, n'a jamais renouvelé, dans tous les cas où il a été employé, les symptômes inflammatoires.

En même temps qu'on a recours à ces moyens, il faut combattre le vice interne. Comme les causes internes qui peuvent donner lieu à la luxation consécutive sont très-nombreuses, et pour la plupart exigent une médication spéciale, je serais entraîné trop loin si je voulais décrire chacune d'elles en particulier ; je me contenterai de dire qu'elles doivent être combattues par une médication et des soins hygiéniques appropriés à la nature de la cause et à l'idiosyncrasie du sujet.

Lorsque l'exarticulation est effectuée, on doit encore recourir à la médication révulsive ; on doit, dans ce cas, employer de préférence les sétons, les cautères et les moxas, non dans le but de faire rentrer la tête du fémur dans la cavité cotyloïde, mais bien pour empêcher la formation de la suppuration et pour la diminuer lorsqu'elle existe

déjà. Par cette médication, on favorise encore la formation d'une articulation anormale, ou l'ankylose.

Lorsqu'il ne s'est point formé d'abcès, que les symptômes locaux diminuent, on peut soupçonner qu'il y aura formation d'une fausse articulation. On favorisera autant qu'on le pourra la nature, en faisant garder le lit au malade, en condamnant le membre à une immobilité parfaite. Lorsqu'on jugera que l'articulation anormale est déjà solide, on pourra permettre au malade de marcher; mais il aura soin de se servir de béquilles, et de ne confier que graduellement le poids du corps au membre qui est encore dans un état valétudinaire. On pourra encore ordonner des bains et des douches d'eau minérale sulfureuse. Le plus ordinairement, le déboîtement de la tête du fémur se complique d'abcès; si ces abcès sont de nature inflammatoire, les uns conseillent de les ouvrir aussitôt que la fluctuation est apparente, en pratiquant une légère incision qu'on laissera cicatriser; ils recommandent de renouveler l'incision, toutes les fois qu'une collection purulente se reproduira. Rust et plusieurs autres praticiens veulent qu'on les ouvre largement dès leur début. Boyer dit qu'il est plus prudent de favoriser la formation de ces abcès par des applications émollientes, et de ne les ouvrir que le plus tard possible, si on ne veut pas abandonner ce soin à la nature. Si c'est un abcès par congestion, on est généralement d'accord de le traiter comme tous ceux qui sont dus à une altération de la colonne vertébrale. Dans quelques circonstances, malheureusement trop rares, la tête du fémur contracte des adhérences avec l'os des îles, on voit diminuer les symptômes locaux et généraux; il faut alors donner au membre une position convenable, placer le malade dans des circonstances hygiéniques, recourir à une médication et à une alimentation propres à rétablir ses forces et à favoriser le travail de la nature.

FIN.

Faculté de Médecine

DE MONTPELLIER.

PROFESSEURS.

MM. DUBRUEIL, Doyen, *Examin.*	*Anatomie.*
BROUSSONNET.	*Clinique médicale.*
LORDAT.	*Physiologie.*
DELILE.	*Botanique.*
LALLEMAND.	*Clinique chirurgicale.*
CAIZERGUES, *Examinateur.*	*Clinique médicale.*
DUPORTAL.	*Chimie médicale.*
DUGÈS.	*Pathologie chirurgicale, Opérations et Appareils.*
DELMAS.	*Accouchemens, Maladies des femmes et des enfants.*
GOLFIN.	*Thérapeutique et matière médicale.*
RIBES.	*Hygiène.*
RECH, *Suppléant.*	*Pathologie médicale.*
SERRE, Président.	*Clinique chirurgicale.*
BÉRARD, *Examinateur.*	*Chimie générale et Toxicologie.*
RENÉ.	*Médecine légale.*

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

MM. VIGUIER.
KÜNHOHLTZ.
BERTIN, *Examinateur.*
BROUSSONNET.
TOUCHY.
DELMAS.
VAILHÉ.
BOURQUENOD, *Suppléant.*

MM. FAGES.
BATIGNE.
POURCHÉ.
BERTRAND, *Examinateur.*
POUZIN.
SAISSET.
ESTOR.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.